

دراسة مقارنة بين طلبة محافظتي مسقط وظفار بسلطنة عمان في مستوى الاتجاهات والعادات الصحية**سعيد بن سليمان الظفري* عبدالله بن خميس أمبوسعيدي**

جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان

قبل بتاريخ: ٢٠١٣\٥\١٥

عدل بتاريخ: ٢٠١٣\٥\١٣

استلم بتاريخ: ٢٠١٣\١٠\٢٥

هدفت هذه الدراسة إلى تعرف الفروق في مستوى الاتجاهات والعادات الصحية بين طلبة محافظة مسقط (شمال سلطنة عمان)، وطلبة محافظة ظفار (جنوب سلطنة عمان)، من خلال الاستجابة لمجموعة من المقاييس المرتبطة بالمشكلات الصحية، والرضا عن الوزن، والاتجاه نحو النشاط البدني، والعادات الغذائية والصحية، والاتجاه نحو استخدام المواد الممنوعة، ومدى استخدام هذه المواد. تكونت عينة الدراسة من ٤٥٠ طالبا وطالبة اختيروا اختيارا عشوائيا من المحافظتين. وبعد التأكد من ثبات بيانات المقاييس، استخدمت عدد من الاختبارات الإحصائية: للإجابة على أسئلة الدراسة، مثل: اختبار مربع كاي (كاي)، واختبار (ت) للعينات المستقلة. وقد أشارت النتائج إلى: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الشعور بالمشكلات الصحية، والاتجاه نحو النشاط البدني، وفي تكرارات تناول المأكولات السريعة، وتكرارات ساعات مشاهدة التلفاز لصالح طلبة محافظة مسقط، بينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرضا عن الوزن بين طلبة المحافظتين. كما دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاتجاه الإيجابي نحو استخدام المواد الممنوعة، ولصالح طلبة محافظة ظفار: فطلبة محافظة ظفار أكثر ميلا إلى الاستخدام الفعلي لهذه المواد الممنوعة من طلبة محافظة مسقط. مضافا إليها دلالة النتائج على شيوع تناول كميات جيدة من الفواكه والخضروات بين طلبة المحافظتين، وانخفاض في استخدام المشروبات الغازية، وارتفاع معدلات المشي، وانخفاض في ممارسة الأنشطة الرياضية المنتظمة، وانخفاض ساعات الجلوس أمام الحاسب الآلي، مع عدم وجود فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في أي من هذه العادات.

الكلمات المفتاحية: المراهقة، الاتجاهات والعادات الصحية، سلطنة عمان.

A Comparative Study in Health Habits and Attitudes of Students of Muscat and Dhofar in the Sultanate of OmanSaeed S. Al - Dhafri* Abdullah K. Ambusaidi
Sultan Qaboos University, Oman

This study examined the possible differences in health attitudes and habits between Omani students from Muscat school district (north Oman) and students from Dhofar school district (south Oman). The participants responded to a group of questionnaires that included: health problems, weight satisfaction, attitudes towards physical activities, health and food habits, and attitudes towards and use of harmful substances. The sample consisted of 450 randomly selected middle and high school students. Independent t-tests and Chi-squares were used to answer the study questions. The results showed statistically significant differences in the levels of health problems, attitudes towards physical activities, frequency of eating fast food and hours of watching TV. Students from Muscat had more health problems, revealed positive attitudes towards physical activities and more frequently eat fast food. No differences were found in weight satisfaction in the two school districts. Student of Dhofar showed higher tendency to use harmful substances than Muscat students did. Evidence was shown for a moderate consumption of fruit and vegetables among all participants, low consumption of soft drinks, of walking habits, low levels of physical activities, and few hours of computer use (with no differences between the two districts in any of these habits).

Keywords: adolescence, health attitudes and habits, Oman.*aldhafri@squ.edu.om

المتحدة للتربية والثقافة والعلوم (اليونسكو).
وغيرها من المؤسسات ذات العلاقة.

٢. على المستوى الوطني، وتشمل: الهيئات الحكومية مثل: وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم، والهيئات غير الحكومية مثل: نقابات المعلمين ونقابات الأطباء.

٣. على المستوى المحلي، وتشمل: المؤسسات على مستوى القرية والحي والإدارة والمحافظات والولاية، وعلى مستوى المدارس.

وتعد التربية الصحية في المدارس من الأولويات التي يجب أن تعتني بها الدول من خلال برامج الصحة على المستوى الوطني؛ كونها تتعامل مع شريحة واسعة ومهمة من شرائح المجتمع وهي شريحة الشباب، الذين يعدون أمل الأمة وغدها المشرق، فالتربية الصحية هي النهج التربوي الذي يؤدي إلى تكوين الوعي الصحي وإدراك المسائل الصحية؛ بغية إحداث تأثير إيجابي في حياة الفرد، تأثير محقق للتوازن الصحي والتكيف لنمط الحياة مع الممارسة الصحية تكييفاً طوعياً، فالتربية الصحية التي يتلقاها الطالب ستساعده على بلوغ مستوى أفضل صحياً، وتكون سندا له في مواجهة المشكلات التي قد تعترضه فتعنيه- أي التربية الصحية- على التصدي لها، وتمده بالمعلومات والمهارات والاتجاهات التي تجعله متمكناً من المحافظة على صحته والوقاية من المرض والمحافظة على البيئة المحيطة به من أي اختلال أو تلوث يؤثران في نهاية المطاف على صحته.

إن ذلك يعني أن كلا من وزارة التربية والتعليم، ووزارة الصحة، والمنظمات الدولية التي توجد لها مكاتب إقليمية على مستوى المناطق الجغرافية أو الدول عليها مسؤولية تعزيز الصحة بين طلبة المدارس وإكسابهم المعلومات والمهارات والاتجاهات الصحية السليمة من خلال البرامج الصحية المختلفة التي تُنفَّذ داخل المدرسة مثل: التطعيم وفحص الأسنان، و من خلال المناهج الدراسية مثل: مناهج العلوم، والمهارات الحياتية، والتربية البدنية، أو الرياضية، ومن خلال ما يقدم في هذه المدارس من أنشطة صافية ولا صافية مرتبطة بصحة الفرد وصحة المدرسة.

لقد تعددت التعريفات التي أعطيت للتربية الصحية، فقد عرفت منظمة الصحة العالمية (١٩٩٣)، ص ٩١) على أنها: "التعليم الموجه نحو تقديم المعارف والمهارات والاتجاهات اللازمة للحفاظ على الصحة أو النهوض بها، أو كليهما، بينما أوضحت الخميس (١٩٩٤)، ص ١٤) أن التربية الصحية "عملية تربوية تهدف إلى مساعدة الناس على تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية جهودهم الذاتية عن طريق تزويدهم بالمعلومات، والخبرات، بقصد التأثير في معرفتهم

خلق الله الإنسان وأوجده على هذه الأرض لعمارها والانتفاع بما فيها من خيرات، وعبادته وشكره على ما أعطاه إياه، وليقوم بذلك؛ طلب منه المحافظة على نفسه والاهتمام بصحته وكل ما يُنبئها الخير والمنفعة، والبعد عن كل ما يُكسبه الضرر والمفسدة، فإنما اختص بهذا الأمر تقوية على ما أمره الله القيام به من تكاليف وواجبات فيقبل على عبادة الله حق العبادة، ويجد الإنسان من الآيات الكريمة والأحاديث النبوية ما يدعوه للحفاظ على صحته وعلى نظافته الشخصية ونظافة المكان الذي يعيش فيه، ولم يترك الإسلام أمراً يدعو إلى الصحة والعافية إلا أمر به وحض الناس عليه، ولم يذر شيئاً يسبب لهم المرض إلا نهى عنه، وهو -بذلك- يصون صحة الفرد ويحفظ سلامة المجتمع وقوته.

ويلاحظ -اليوم- انتشار الكثير من الأمراض المعدية وغير المعدية بين الناس، فنتيجة للتنقل والسفر واختلاط الناس بعضهم ببعض؛ ظهرت الأمراض المعدية التي تنتج من الميكروبات الدقيقة مثل: البكتيريا، والفيروسات والفطريات وغيرها. أما الأمراض غير المعدية فهي أمراض ارتبطت ارتباطاً مباشراً بطبيعة الحياة التي نعيشها في هذا العصر، فأمراض السكري والضغط وأمراض القلب وغيرها مما يُسمى بـ"أمراض العصر"، ظهرت -في حقيقتها- نتيجة الخمول والكسل وقلة ممارسة الرياضة وتناول الأطعمة غير الصحية وممارسة عادات غير صحية في الأكل والشرب، ويتأثر الأقران في تعاطي بعض المواد التي تذهب بالقوى الذهنية و تهلك القوى الجسدية مثل: التبغ، والحشيش والأفيون وأنواع المخدرات جميعها.

إن المسؤولية في المحافظة على الصحة تقع على الفرد نفسه ابتداءً وانتهاءً، فهو الذي يستوجب عليه المحافظة عليها والعناية بها، وهو الذي يسأل عن طلب الشفاء والبحث عن العافية حين تعرضه لمرض أو سقم، فيستطيع أن يجنب نفسه الأمراض المعدية باهتمامه بالنظافة الشخصية ونظافة المأكل والملبس ونظافة البيئة المحيطة به، والتحصين ضد هذه الأمراض من جهة- ومن خلال ممارسة سلوك صحي سليم يتسم بالاعتدال في الطعام وممارسة الرياضة والامتناع عن التدخين والمؤثرات العقلية -من جهة أخرى. (الحجي، ٢٠٠٥). ولا يعني هذا على أية حال من الأحوال ألا تقوم المؤسسات المعنية بالصحة بدورها في التوعية الصحية، وقد حددت منظمة الصحة العالمية (١٩٩٧) ثلاثة مستويات تنظيمية في مجال التوعية الصحية وعدت نشاطها وتكاملها ضرورة من ضرورات تطوير الصحة والبرامج الصحية، وهي:

١. على المستوى الدولي، وتشمل: منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية، وصندوق رعاية الطفولة (اليونيسيف)، ومنظمة الأمم

إن للتربية الصحية المدرسية أهمية عظمى للطالب: نظراً لما يتميز به السن المدرسي من النمو والتطور السريع. سواءً أكان ذلك من الناحية البدنية أم الناحية النفسية أم الناحية الاجتماعية؛ ما يستلزم تهيئة الظروف المناسبة لنمو وتطور متكاملين الغنيم والبهبهياني (١٩٩٧). ولكون تمتع الطلبة بالصحة الجيدة عاملاً مهماً يساعدهم على التعلم، واكتساب المعلومات والخبرات التعليمية التي تهيئها المدرسة. أضف إلى ذلك إتاحة التربية الصحية المدرسية للطالب فرصة اكتساب السلوك الصحي السليم الذي يؤثر -بدوره- تأثيراً فاعلاً في تعامله مع أسرته ومجتمعه، وترى هناء الأمعري (١٩٩٥) أن التربية الصحية لها تأثير كبير خلال سنوات التكوين في حياة الطالب المدرسية؛ فهي تعمل على تطوير سلوك صحي رفيع يتصل بعادات الطعام والأنشطة، واستعمال وسائل الصحة، والخدمات الصحية، والابتعاد عن التدخين والكحول، وغيرها من العادات السيئة. ومن ذلك كله يمكن القول أن عملية رفع المستوى الصحي للأفراد هي مسألة تربوية أكثر من كونها مسألة صحية، فمن خلال التربية الصحية يمكن تغيير سلوك الأفراد واتجاهاتهم إلى أنواع من السلوكيات والاتجاهات التي تعزز الوقاية من المرض والحفاظ على الصحة والعودة سريعاً إليها في حالة الوقوع في المرض (الحجي، ٢٠٠٥).

تعد الاتجاهات من المتغيرات المهمة في العملية التعليمية؛ فهي سلوك مكتسب يُتعلم من خلال البيئة التي يعيش فيها الفرد ومن خلال ما يتعرض له من خبرات ومن عملية التفاعل الاجتماعي في المواقف الاجتماعية المختلفة التي تشكل أهمية خاصة للفرد والمجتمع (ملحم، ٢٠٠٦). ويمكن إكساب الطلبة الاتجاهات الإيجابية أو السلبية فيما يتعلق بالصحة من خلال توفير بيئة تعليمية مناسبة؛ فمثلاً يمكن اكتساب الطلبة لاتجاهات إيجابية نحو ممارسة النشاط البدني حينئذ قام المعلم بتوفير بيئة مناسبة لذلك؛ بيئة تتضمن أداء الطلبة لأنشطة بدنية مختلفة، وتشجيع المعلم الدائم للطلبة على القيام بذلك، وتعزيز كل طالب يواظب على هذه الأنشطة (Subramaniam & Sliverman, 2007). ولا يقتصر الأمر في تكوين الاتجاهات على ما يحدث داخل الغرفة الصفية فقط، بل أن المدرسة بكل مكوناتها المادية وغير المادية تساهم في ذلك. بمعنى آخر، أن الثقافة السائدة في المدرسة لها تأثير واضح في تكوين الاتجاهات والسلوكيات الصحية السليمة. وقد أشار أفريد وأخرون (McLellan (Aveyard et al., 2004) وماكليلان وأخرون (McLellan et al., 1999) إلى الدور المؤثر للمدرسة -جانب الأسرة والأصدقاء- في القرارات التي يتخذها الشباب في بعض الأمور المتعلقة بشؤون حياتهم مثل: الرغبة في التدخين، أو ممارسة النشاط البدني، أو حب نوع معين من الغذاء.

ومبولهم وسلوكهم نحو الصحة والمرض إلى عادات سلوكية صحية سليمة". كما يعرفها معجم المصطلحات التربوية على أنها "جانب من جوانب المنهج يقدم المعلومات والمواد السلوكية، والاتجاهات الصحية" (الشريفي، ٢٠٠٠، ص. ١٤).

ويمكن استخلاص مجموعة من الاستنتاجات من هذه التعريفات تشتمل على أن التربية الصحية لا تعني إكساب الأفراد معلومات عن الصحة والمرض فحسب، بل تشمل إكسابهم سلوكيات واتجاهات نحوها -أيضاً-. كما أن التربية الصحية لها مجالات متعددة تتضمنها، ولا تقتصر على مجال واحد فقط إلا أن بينها فواصم مشتركة تكاد تتفق عليها معظم البلدان والهيئات المتخصصة بشؤون التربية الصحية، فمثلاً تكون التربية الصحية في بريطانيا من تسعة مجالات هي (Dixon, 1993): استخدام المواد وسوء استخدامها، والتربية الجنسية، والتربية للحياة الأسرية، والرياضة والصحة، والسلامة والأمان، والغذاء والتغذية، والصحة الشخصية، وأوجه صحة البيئة، وأوجه الصحة النفسية، بينما أشارت الجمعية الأمريكية للصحة المدرسية (American School Health Association, 1994) إلى عشرة مجالات للتربية الصحية هي: صحة المجتمع، وصحة المستهلك، والصحة البيئية، والصحة الشخصية، واللياقة البدنية، والتربية للحياة الأسرية، والوقاية من الإصابة بالأمراض والتحكم فيها، والأمان، ومنع التعرض للأذى والضرر، والوقاية من استخدام المواد مثل: التبغ والعقاقير والكحول، والنمو والتطور.

وأورد صالح (٢٠٠٢) المجالات التي يجب أن تتضمنها التربية الصحية لطلبة المرحلة المتوسطة (الإعدادية) والحلقة الثانية من التعليم الأساسي) وهي: الصحة الشخصية، والتغذية، والتربية الأمانية والإسعافات الأولية، والتربية الجنسية، وصحة البيئة، والصحة العقلية والنفسية، والعقاقير والكحوليات والتبغ، والأمراض والوقاية منها، وصحة المستهلك، أما الحجي (٢٠٠٥) فقد استخدم خمسة مجالات للتربية الصحية في دراسته التي أجراها عن البيئة العمانية، وحلل فيها كتب العلوم لمرحلة التعليم الأساسي، وهي: الصحة الشخصية، والتغذية الصحية، والتربية الوقائية، وصحة البيئة، والأمراض والوقاية منها. أما الدراسة الحالية فقد اكتفت بثلاثة مجالات أساسية للتربية الصحية هي: الغذاء والتغذية (التغذية الصحية)، واستخدام المواد وسوء استخدامها (التبغ والكحول والعقاقير)، والنشاط البدني، ويعود ذلك إلى أهمية هذه المجالات الثلاثة لعينة الدراسة، بالإضافة إلى تركيز كل من وزارة التربية والتعليم، ووزارة الصحة بسلطنة عمان على هذه المجالات من التربية الصحية.

الصحي المختلفة، والعناية الصحية الشاملة بالطلبة، وغيرها من البرامج والأنشطة.

ولأهمية التربية الصحية واستقصاء سلوكيات الطلبة وإجاءاتهم نحو بعض العادات الصحية؛ قامت وزارة الصحة بالسلطنة بإجراء دراسة (وزارة الصحة، ٢٠٠٧) عن اتجاه الشباب العماني (١٣-١٥ سنة) نحو تعاطي التبغ بأنواعه المدخن وغير المدخن. وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج المهمة التي ينبغي الوقوف عليها والاهتمام بتنمية اتجاهات سلبية لدى الطلبة نحو التبغ. ومن ضمن ما توصلت إليه الدراسة:

- طالب واحد من كل عشرة قد مارسوا التدخين سابقاً (١٤,٥% من الذكور، و٥,٧% من الإناث).
- ٥,٧% من الطلبة استخدموا منتجات أخرى من التبغ غير السجائر.
- ثلث عدد الطلبة في سن ١٣-١٥ عاماً قد مارسوا التدخين قبل سن العاشرة.
- من بين عشرة طلبة من المدخنين حالياً، يوجد ستة ٥٧,٨% يرغبون في الإقلاع عنه، في حين أن ١١,٣% منهم حاول الإقلاع عنه خلال السنة السابقة للمسح (الدراسة) لكنهم فشلوا.
- الغالبية العظمى من الطلبة (٨١,٢%) عبرت عن تأييدها لحظر التدخين في الأماكن العامة.
- يوجد تأثير واضح للأصدقاء والأقران في تعاطي التبغ.

وخلصت الدراسة إلى عدد من الاستنتاجات تتمثل في:

- الحاجة الملحة للتدخين فوراً لاحتواء وباء تعاطي التبغ عن طريق سن تشريعات مناسبة لذلك.
- استمرار حملات التثقيف الصحي مع التركيز على حماية الشباب من التدخين والعمل على رفع مستوى إدراك أولياء أمور الشباب ووعيهم.

كما قام عدد من الباحثين على المستوى العربي والدولي بدراسات في هذا المجال، منها الدراسة التي قام بها صفير (٢٠١٠) التي سعت للكشف عن السلوكيات الخاطئة وواقع ممارستها لدى طلاب الصف الثالث المتوسط بمنطقة الجوف بالملكة العربية السعودية. تكونت عينة الدراسة من ١٣٩ طالباً من طلاب الصف الثالث المتوسط. استخدم الباحث اختبار تحصيلي عن السلوكيات الخاطئة والمتمثلة في التدخين وتعاطي المخدرات وتناول الوجبات السريعة وتناول المشروبات الغازية، وقطع الإشارات الضوئية، والعطس وانتقال العدوى، والتفحيط. كما استخدم الباحث مقياساً لسلوك لتعرف واقع ممارسة الطلاب لهذه السلوكيات، وأظهرت النتائج أن ممارسة الطلاب لهذه السلوكيات كانت بمعدلات مرتفعة ماعدا تعاطي المخدرات.

تبذل سلطنة عمان جهوداً كبيرة في مجال التربية الصحية والاهتمام بصحة الشباب في مدارسهم، وذلك من منطلق أن طلبة المدارس يمثلون ما يقرب من ٢٤% من إجمالي السكان. كما أنهم في مرحلة عمرية تتميز بالنمو والتطور والنضج، وتحدث خلالها الكثير من التغيرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والعاطفية. كما يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض السارية والإصابات والحوادث (وزارة الصحة، ٢٠٠٨). وتعمل كل من وزارة التربية والتعليم ووزارة الصحة بالسلطنة وبعض المنظمات الدولية المعنية بالشباب والتعليم والتي لها فروع في السلطنة كمنظمة اليونيسيف ومنظمة اليونسكو على تحقيق الأهداف التي خطتها السلطنة في مجال التربية الصحية.

لقد توزعت صور ترجمة أهداف الصحة المدرسية في مدارس السلطنة ما بين تضمين للمفاهيم والمجالات الصحية في المناهج الدراسية المختلفة، -وخصوصاً- مناهج العلوم والمهارات الحياتية وتنفيذ لبرامج والأنشطة توعوية داعمة للمناهج المدرسية تنفذ في الميدان التربوي لتشمل فئات الطلبة جميعها ونوعهم ومستواهم الدراسي. ومن ضمن هذه البرامج مشروع "مكافحة استخدام التبغ بين طلبة المدارس"، وهو مشروع مكون من مجموعة متكاملة من المواد التعليمية صممت لتساعد الطلبة على اكتساب معلومات وإجاءات نحو مختلف الجوانب المتعلقة بالتدخين، كما يساعد على فهم أساليب شركات التبغ في التأثير على الشباب لدفعهم لممارسة هذه العادة (وزارة الصحة، ٢٠٠٧). ومن ضمن المشاريع: برنامج صحة الفتيات، الذي هدف إلى تعزيز صحة طالبات المدارس من خلال تعريفهن بالتغيرات والاحتياجات والمشكلات المصاحبة لمرحلة الفتوة وكيفية التعامل معها، ويأتي مشروع مبادرة المدارس المعززة للصحة الذي بدأت السلطنة في تنفيذه في العام الدراسي ٢٠٠٤/٢٠٠٥ مرحلة أولى في ١٩ مدرسة مشروعيًا رائدًا آخر من مشاريع الصحة المدرسية في السلطنة، حيث تهدف المبادرة إلى النهوض بصحة الطلبة والمجتمع المدرسي -وخصوصاً- والمجتمع المحلي -عموماً-.

كما توجد مشاريع أخرى تعزز الصحة المدرسية، مثل مشروع "مجموعة كتب شخصيات الإيجابية"، ومشروع "مسابقة كتاب حقائق للحياة" ومشروع "تثقيف الأقران" في مجال الإيدز وتأتي الإستراتيجية الوطنية للصحة المدرسية (٢٠٠٨-٢٠١٥) تتويجاً لجهود السلطنة في مجال الصحة المدرسية والتربية الصحية، وتسعى الإستراتيجية إلى تحقيق الكثير من الأهداف التي تعنى بالصحة المدرسية، وترقب تحقيق تلك الأهداف من خلال مجموعة من البرامج والأنشطة التي تنفذ على مستوى المدرسة والمجتمع المحلي مثل: أنشطة التثقيف

من أفراد العينة قلقين من موضوع ما يتناولونه من طعام لتأثيره على مظهرهم الخارجي أكثر من دوره في المشكلات الصحية التي قد تؤثر عليهم مثل ارتفاع ضغط الدم، والسكري وأمراض القلب.

وفي دراسة قام بها أفيريد وآخرون (Aveyard et al., 2004) هدفت تعرف تأثير الثقافة السائدة في المدرسة على ممارسة الطلبة لعادة التدخين. وربط ذلك بعدد من المتغيرات مثل: التحصيل الدراسي، ومدى وجود سلطة مؤثرة من المدرسة على سلوكيات الطلبة. جمعت البيانات من خلال استبانة وزعت على ما يقرب من ٢٣,٢٨٢ طالباً اختيروا من ١٦٦ مدرسة من مدارس الغرب الأوسط في المملكة المتحدة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تحصيل الطلبة ليس له تأثير في ممارستهم عادة التدخين. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن ثقافة المدرسة تعد عاملاً مستقلاً في ممارسة الطلبة لعادة التدخين. لكنها- أي المدرسة- يمكن أن تقلل من ذلك من خلال تقديم دعم فعال ومؤثر للطلبة.

كما سعت دراسة بروك وتير (Brook & Tepper, 2001) إلى معرفة معلومات طلبة المرحلة الثانوية وإجاءاتهم نحو تعاطي الكحول والمسكرات واستهلاكهم لها. تكونت عينة الدراسة من ٥٠٠ طالباً من طلبة الصف التاسع اختيروا من مدرستين: إحداهما مدرسة مهنية، والأخرى مدرسة أكاديمية. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن ٥٠% من عينة الدراسة شربوا من ١-٩ قنينات من كحول البيرة خلال الشهرين السالفين لتطبيق الدراسة، وأن الذكور يشربون الكحول بمختلف أنواعه وأصنافه أكثر من الإناث. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى معلومات الطلبة عن الكحول وأضراره الصحية متدنية لدى عينة الدراسة، وأن طلبة المدرسة الأكاديمية يمتلكون معلومات أفضل عن الكحول مقارنة بطلبة المدرسة المهنية. أما فيما يخص الإجاهات، فإن نتائج الدراسة تشير إلى أن طلبة المدرسة المهنية أكثر تحراً في إجاهاتهم نحو تعاطي الكحول، و المسكرات الأخرى مقارنة بطلبة المدرسة الأكاديمية.

وفي دراسة أخرى لبروك وتير (Brook & Tepper, 2000) هدفت تعرف معلومات طلبة المرحلة الثانوية، وتفضيلاتهم، وإجاهاتهم نحو تعاطي العقاقير، والمواد المسببة للإدمان مثل: الكحول والسجائر. تكونت عينة الدراسة من ١١٥ طالباً وطالبة من طلبة المدارس الثانوية تراوحت أعمارهم بين ١٤-١٧ سنة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الطلبة ليس لديهم معلومات كافية عن العقاقير المنوعة. كما أن الإجاهات التحريرية نحو تعاطي العقاقير المنوعة تزيد كلما تقدم الطلبة في العمر. أي أنهم كلما تقدموا في العمر أصبح لديهم إجاه إيجابي تحري نحو تعاطي مثل تلك العقاقير. كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن الطلبة الذين يتعاطون العقاقير المنوعة في

أما كاظم والأنصاري (٢٠٠٩) فقد قاما بدراسة هدفت معرفة نسب انتشار المشكلات الصحية لدى طلبة الجامعة العمانيين والكويتيين، ومعرفة دور متغير الثقافة (الكويت، عمان) والنوع (الذكر، الأنثى). طبقت الدراسة مقياساً للمشكلات الصحية مقنناً على البيئة الخليجية على ٥٢٢ فرداً من الدولتين. أشارت نتائج الدراسة إلى أن أبرز ثلاث فئات في المشكلات الصحية لدى العينة الكويتية تتمثل في: التاريخ المرضي، ومشكلات الدم والغدد الصماء، والعادات السلوكية السلبية المرتبطة بالصحة، في حين كانت أبرز ثلاث مشكلات صحية في العينة العمانية هي: مشكلات الفم والأسنان والرقبة، والتاريخ المرضي ومشكلات الأنف والأذن. كما أبرزت النتائج دلالة متغير النوع، فكان متوسط الإناث أعلى من الذكور في ثمان مشكلات صحية.

كما هدفت دراسة سوبرامانيام وسلفرمان (Subramaniam & Silverman, 2007) تعرف إجاهات طلبة المرحلة المتوسطة نحو النشاط البدني أحد مجالات التربية الصحية، وعلاقة ذلك بكل من النوع (الجنس)، والمستوى (الصف) الدراسي. تكونت عينة الدراسة من ٩٩٥ طالباً اختيروا من الصف السادس والصف السابع. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الطلبة -عموماً- لديهم إجاهات إيجابية نحو النشاط البدني، ولا يوجد اختلاف في الإجاهات نحو النشاط البدني باختلاف النوع، لكنها وجدت أن هناك تناقص في درجات المقياس كلما تقدم الطالب في الصف الدراسي: أي أن هناك فروقاً في المتوسطات الحسابية لإجاهات الطلبة تعزى للصف الدراسي.

وفي دراسة قام بها جعفر وعفيفي والعجمي والوحيشي (Jaffer, Afifi, Al Ajmi, & Alouhaishi, 2006) على عينة من طلبة المدارس الثانوية بسلطنة عمان شملت ١٦٧٠ ذكراً و ١٦٧٥ أنثى. هدفت تقصي ممارسة بعض السلوكيات المؤثرة على الصحة مثل: التدخين، وتعاطي الكحول والمخدرات. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود ٤,٦% من أفراد العينة من المدخنين، وقتئذ أُقيمت الدراسة، وأن ٤,٣% قد سبق لهم تعاطي الكحول، و ٤,٦% تعاطوا المخدرات.

كما قام كل من فان اكسل ودي جراف وبروير (Van Exel, De Graaf, & Brouwer, 2006) بدراسة هدفت تعرف إجاهات الشباب (في عمر ١٢ إلى ١٥ سنة) الهولندي نحو أنماط الحياة الصحية مثل: سلوك التغذية، وأخطار الصحة، وزيادة الوزن وغيرها. وقد توصل الباحثون إلى عدد من النتائج منها: أن عينة الدراسة (الشباب) - عموماً- ليس لديها اهتمام بموضوع الصحة لأسباب متعددة منها اعتقاد هؤلاء الشباب أنهم شباب، ومن ثمّ يتمتعون بصحة عالية ورشاقة جيدة. لكنها وجدت فئة

الضارة. مضافاً إليها رغبتهم في الأكل السريع الدسم الذي يدعمه انتشار مطاعم الوجبات السريعة. وقلة ممارسة النشاط البدني. وبتبيان انتشار الأمراض المعدية وغير المعدية والسلوكيات الصحية من منطقة لأخرى من مناطق السلطنة. وفي هذه الدراسة سُنقارن منطقتان مهمتان من مناطق السلطنة إحداهما تقع في شمال السلطنة وهي محافظة مسقط. وتقع الأخرى في جنوب السلطنة وهي محافظة ظفار. ويمكن استخلاص مجموعة من المقارنات بين المحافظتين حسب المسح الصحي الوطني الذي أجري في عام ٢٠٠٠ (Ministry of Health, 2000). والدراسات المسحية الأخرى كما يلي:

١. بلغت نسبة مرض السكري في محافظة مسقط ١٧,٧% في حين كانت نسبته في محافظة ظفار ١١,٦%. وهذا يعني أن مرض السكري في محافظة مسقط أكثر شيوعاً منه في محافظة ظفار. أما فيما يخص اعتلال جلوكوز الصائم فإن النسبة انعكست. فقد بلغت في محافظة مسقط ٧,٩% أما في محافظة ظفار فكانت ٩%.

٢. سجلت محافظة ظفار نسبة أعلى مقارنة بمحافظة مسقط في السمنة والوزن الزائد: إذ بلغت في محافظة ظفار ٣٦,٢% بينما هي في محافظة مسقط ١٩,٤%. وهذا يعني انتشار للسمنة والوزن الزائد في محافظة ظفار أكثر عنه في محافظة مسقط. أما بالنسبة للوزن غير الطبيعي نجد أن نسبة السكان الذين عندهم وزن غير طبيعي في محافظة مسقط أكثر عنه في محافظة ظفار. إذ بلغ ٩,٨% في محافظة مسقط. بينما هو ٣% في محافظة ظفار. وفي مسح عام ٢٠٠٩ لا زالت نسبة الوزن غير الطبيعي في محافظة مسقط أعلى منه في محافظة ظفار. ولذا كانت من ضمن التوصيات المهمة في تقرير عام ٢٠٠٩ والخاص بالتغذية في سلطنة عمان الصادر من وزارة الصحة ضرورة إيجاد تدخلات مناسبة وسريعة لوقف تلك النسبة من الزيادة وخاصة بين طلبة المدارس وكبار السن (Ministry of Health, 2009).

٣. نسبة الذين يدخنون أي نوع من مواد التدخين كانت ٩,٠٤% في محافظة مسقط. في حين كانت ٨,٦٦% في محافظة ظفار. أما نسبة الذي يدخنون سيجارة واحدة فقط فكانت نسبتهم ٣,٦٤% في محافظة مسقط. وبنسبة ١,٩١% في محافظة ظفار.

ونتيجة لذلك كله ولتوصيات الدراسات السابقة (الحجي، ٢٠٠٥؛ صقر، ٢٠١٠؛ كاظم والانصاري، ٢٠٠٩؛

الوقت الحالي يمتلكون معلومات أفضل عن تلك العقاقير ولديهم اتجاهات خيرية أكثر خوفاً مقارنة بالطلبة الذين لا يتناولون مثل تلك العقاقير. وقد أوصت الدراسة بضرورة تضمين المناهج الدراسية في المراحل المختلفة معلومات كافية عن العقاقير -خصوصاً- الممنوعة منها وتأثيراتها على صحة الإنسان.

كذلك قام بروك وآخرون (Brook et al., 1999) بدراسة سعت إلى تعرف معلومات الطلبة، واتجاهاتهم نحو تدخين السجائر، وما تسببه من تدمير لجسم الإنسان. تكونت عينة الدراسة من ٢٨٠ طالباً تراوحت أعمارهم بين السادسة والسابعة قُسمت العينة إلى قسمين: الطلبة من يدخن أبائهم السجائر وعددهم ١٧٨ طالباً. والطلبة من لا يدخن أبائهم السجائر وعددهم ١٠٢ طالباً. وأظهرت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية فيما يخص المعلومات التي يمتلكها الطلبة عن السجائر والتدخين بين المجموعتين. بينما أظهر طلبة المجموعة الأولى اتجاهات متسامحاً نحو التدخين والسجائر مقارنة بطلبة المجموعة الثانية من لا يدخن أبائهم. كما أشارت النتائج إلى قناعة أفراد العينة -بغض النظر عما إذا كان أبائهم يدخنون أم لا- بأنهم سيجربون التدخين يوماً ما. كما أن أفراد العينة طالبوا بتوفير معلومات عن أضرار التدخين منذ المراحل الأولى للدراسة حتى يساعدهم على تجنب التدخين وما يسببه من أضرار جسمية عليهم. وأن هذه المعلومات ذات أهمية في مساعدة الطلبة على تكوين اتجاهات سلبية ضد التدخين. كما أوصت الدراسة بزيادة الدراسات والبحوث المعالجة لكيفية تغيير الاتجاه الإيجابي للتدخين عند الطلبة.

يتضح مما سبق الأهمية البالغة لتعرف معلومات الطلبة واتجاهاتهم وعاداتهم نحو بعض الأنماط والمجالات الصحية، لأن ذلك من شأنه توجيه القائمين على التربية الصحية في وزارات التربية والتعليم والصحة على تبني برامج وأفكار تنفذ على مستوى المناهج الدراسية أو الأنشطة لتعزيز صحة الطلبة. وقد استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تكوين الإطار النظري والدراسات السابقة وفي تحديد الأنماط ومجالات التربية الصحية التي سنتناولها. وكذلك في تدعيم نتائج الدراسة ومناقشتها.

مشكلة الدراسة:

تتميز مرحلة الشباب بعدد من الخصائص منها رغبة الشباب بالظهور بمظهر الرجولة والفتوة أمام الآخرين -خصوصاً- زملائهم. فيسعون إلى ذلك بعدة طرق منها تجريب بعض الأشياء التي تسبب لهم أضراراً على المدى القريب والبعيد مثل تجريب التدخين بأشكاله المختلفة، المدخنة وغير المدخنة. وتناول بعض العقاقير

بسلطنة عمان. وبالتالي تعد إضافة أخرى في مجال الدراسات العمانية والعربية في هذا المجال.

حدود الدراسة:

سعت هذه الدراسة إلى تقصي مستوى الاتجاهات والعادات الصحية التي حددتها أداة الدراسة والمرتبطة بالمشكلات الصحية، والرضا عن الوزن، والاتجاه نحو النشاط البدني، والعادات الغذائية والصحية، والاتجاه نحو استخدام المواد المضرّة بالصحة. وقد طبقت أداة الدراسة في العام ٢٠٠٩م على عينة من طلبة محافظة مسقط وظفار بسلطنة عمان.

تعريف المصطلحات:

ورد في هذه الدراسة عدد من المفاهيم والمصطلحات، لذا ارتى الباحثان تعريفها.

الاتجاهات الصحية: يعرفها مراد وسليمان (٢٠٠٥، ص. ٣١٩) على أنها "تنظيم من المعتقدات له طابع الثبات النسبي حول موضوع أو موقف معين يؤدي بصاحبه إلى الاستجابة بشكل تفضيلي". وفي هذه الدراسة تعرف الاتجاهات الصحية على أنها مجموعة من المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية، التي تتصل باستجابة طلبة التعليم العام (من حيث القبول، أو الرفض) نحو بعض المشكلات والعادات الصحية مثل التغذية وممارسة النشاط البدني وتناول المواد المضرّة بالصحة. وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في المقاييس الفرعية المعدة لهذا الغرض.

العادات الصحية: العادة هي استمرارية وتكرار فعل الشخص لشيء ما، والعادات الصحية هي مجموعة الأفعال التي يقوم بها الشخص باستمرار، والمتعلقة بالصحة مثل التغذية السليمة والأنشطة البدنية، والبعد عن تعاطي المواد المضرّة بالصحة مثل المخدرات والمسكرات والتدخين. وتعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس العادات الصحية المستخدم في الدراسة الحالية.

الطريقة والإجراءات

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي للماعته لطبيعة أسئلتها. فقد سعت الدراسة من خلال الأداة المستخدمة إلى وصف الظاهرة وتحليلها ومعرفة الفروق التي قد تكون بين متغيراتها.

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من طلبة صفوف الحلقة الثانية من التعليم الأساسي ٧، ٨، ٩، ١٠، وما بعد التعليم الأساسي (١١، ١٢) في محافظتي مسقط وظفار، والبالغ عددهم ٧٤٠٥٨ بحسب إحصاءات وزارة التربية

Van Exel, De: Subramaniam & Silverman, 2007 وندرة Brook et al., 2000; Graaf, & Brouwer, 2006. الدراسات في هذا المجال في سلطنة عمان تأتي هذه الدراسة لتستظهر مستوى الاتجاهات والعادات الصحية لدى عينة من طلبة المحافظات نحو بعض الأنماط الصحية مثل التغذية والنشاط البدني؛ للوقوف على تلك الاتجاهات والممارسات، وبالتالي تقديم توصيات للمعنيين بذلك في وزارة التربية والتعليم ووزارة الصحة.

أسئلة الدراسة:

يتمثل السؤال الرئيس للدراسة فيما يلي:

ما الفروق بين طلبة شمال السلطنة (محافظة مسقط) وطلبة جنوب السلطنة (محافظة ظفار) في مستوى الاتجاهات والعادات الصحية؟

ويتفرع منه الأسئلة الآتية:

١. هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في مستوى المشكلات الصحية؟
٢. هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في مستوى الرضا عن الوزن الجسمي، والاتجاه نحو النشاط البدني؟
٣. هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في نوع العادات الغذائية والممارسات البدنية؟
٤. هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في مستوى الاتجاهات نحو استخدام المواد الممنوعة والمضرّة بالصحة؟
٥. هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في مدى انتشار استخدام المواد الممنوعة؟

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في أهمية الموضوع الذي تناوله، والمتعلق بدراسة مستوى الاتجاهات والعادات الصحية لدى طلبة التعليم العام بسلطنة عمان. ذلك أن موضوعات التربية الصحية من الموضوعات المهمة للطلبة -خصوصاً- في المرحلة العمرية الممتدة من سن ١٣ إلى ١٨ سنة، والتي يجب دراستها بعمق لتوجيه الطلبة نحو الاتجاهات والسلوكيات الصحية السليمة، خاصة مع إشارة المسوح الصحية المتوفرة إلى ضرورة التعرف على العادات الصحية والغذائية التي تسود بين الشباب؛ لما لها من أثر في صحتهم النفسية والجسمية والانفعالية. كما تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها من الدراسات المحلية القليلة التي بحثت في مجال الاتجاهات والعادات الصحية لدى طلبة التعليم العام

والتعليم (٢٠٠٩). واختيرت العينة عشوائياً من مدارس المحافظاتتين. ثم اختيرت مجموعة من الصفوف من كل مدرسة بحسب التسهيلات المتوفرة من قبل إدارات المدارس. واختص بالاختيار الصفوف التي لديها حصص احتياطية، وطبقت على جميع الطلاب في كل صف مختار. وقد تراوحت أعداد الطلاب في كل صف بين ٢٥ و ٤٠ طالبا. وقد بلغ حجم العينة ٤٥٠ طالبا وطالبة، تمثل الإناث ما نسبته ٤٩,٨%. وقد تراوحت أعمار الطلبة بين ١٢ سنة و ٢١ سنة بمتوسط ١٥,٦٣ وأخرف معياري ٢,٢٠. وجدول ١ يشير إلى توزيع عينة الدراسة بناء على المحافظة، والنوع.

جدول ١
توزيع عينة الدراسة حسب المحافظة والنوع

المحافظة	مسقط	ظفار	المجموع
ذكور	١١٢	١١٢	٢٢٤
إناث	١١٣	١١٣	٢٢٦
المجموع	٢٢٥	٢٢٥	٤٥٠

أداة الدراسة:

إلى جانب جمع معلومات ديمغرافية عن عينة الدراسة، قام الباحثان باستخدام استبانة هدفت تعرف مستوى الاتجاهات والعادات الصحية لدى العينة من خلال مقاييس فرعية متعددة فيما يلي وصفها.

١. مقياس الشعور بالمشكلات الصحية: تكون هذا المقياس من عشر عبارات، تقيس مدى شعور طلبة العينة بمختلف المشكلات الصحية، وقد اقتبس هذا المقياس من خلال المقياس المستخدم في دراسة (الكندي، ١٩٩٧)، والذي طبق على عينة كويتية، واستخدم في البيئة العمانية (Aldhafri et al., 2009). ومن أمثلة العبارات المستخدمة في هذا المقياس: "أشعر أن صحتي غير جيدة" ويستجاب لهذا المقياس من خلال تدرج خماسي (أعراض بشدة، أعراض، محايد، أوافق، أوافق بشدة). وقد بلغ معامل الثبات باستخدام معامل ألفا لكرونباخ ٠,٧٣٦ وهو معامل ثبات جيد. وقد تراوحت معاملات الارتباطات بين العبارات والدرجة الكلية للمقياس بين ٠,٢٩٠ و ٠,٤٨٥. وتشير الدرجة العليا في المقياس إلى ارتفاع شعور المستجيب بمختلف المشكلات الصحية.

٢. مقياس الرضا عن الوزن: تكون هذا المقياس من ست عبارات، تصف مدى رضا الطالب عن وزنه الجسمي. وقد اقتبست عبارات هذا المقياس من خلال بعض الدراسات السابقة (Alzubaidi & Kazem, 2009). ومن أمثلة عبارات هذا المقياس: "أنا راض عن وزني" ويستجاب لهذا المقياس من خلال خيارات خمسة: (لا على الإطلاق، نادرا، بعض الأحيان، غالبا، دائما). وقد

حسب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ ٠,٧٩٥. وهو معامل ثبات جيد. وقد تراوحت معاملات الارتباط لعبارات المقياس بالدرجة الكلية بين ٠,٤٤٣ و ٠,٦١٥. والدرجة الأعلى في المقياس تدل على ارتفاع رضا المستجيب عن وزنه. كما وجهت أسئلة لمعرفة الوزن الفعلي لكل طالب، وباستخدام بيانات أفراد العينة الذين سجلوا أوزانهم الفعلية (ن = ٢٣٥). بلغ متوسط أوزان طلبة محافظة مسقط ٥٣,٢١ (ع = ١٧,٣٦). ومتوسط أوزان طلبة محافظة ظفار ٥٧,٥٢ (ع = ١٢,٦٥). وباستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أوزان الطلبة ولصالح طلبة محافظة ظفار (ت = ٢,١٨٦، درجات الحرية = ٢٣٣، القيمة الاحتمالية = ٠,٠٣).

٣. مقياس العادات الغذائية: هدفت عبارات هذا المقياس إلى تعرف بعض العادات الغذائية التي يمارسها أفراد العينة. وقد تكون المقياس من أربع عبارات عن: عدد مرات تناول الفاكهة، وعدد مرات تناول الخضروات، وعدد مرات تناول المشروبات الغازية، وعدد مرات تناول المأكولات السريعة. وقد استجاب الطلبة لهذه الأسئلة باختيار أحد الخيارات المعطاة لكل سؤال، والتي تمثلت في: (لم أتناول خلال الأيام السبعة الماضية، تناولت مرة واحدة في اليوم، مرتين في اليوم، ثلاث مرات فأكثر في اليوم). وقد تعومل مع كل عبارة على حدة للتعرف بشكل أدق على طبيعة العادات الغذائية لدى عينة الدراسة من المحافظتين، لذلك لم تحسب درجة كلية للعبارات الأربع.

٤. مقياس الإجهاد نحو النشاط البدني: تصف عبارات هذا المقياس مدى تقدير الطلبة لأهمية النشاط البدني في حياتهم، يستجيب الطالب عليها باختيار أحد الخيارات الخمسة (أعراض بشدة، أعراض، محايد، موافق، موافق بشدة). وشملت ثلاث عبارات (من المهم أن يمارس الفرد النشاط البدني بصورة منتظمة طوال حياته، ممارسة النشاط البدني مضيعة للوقت، ممارسة النشاط البدني يزيد من جاذبية الفرد). وبعد إعادة ترميز العبارة السالبة الثانية في المقياس، حسب معامل الثبات باستخدام ألفا لكرونباخ ٠,٤٥٦، وهي درجة منخفضة لكنها مقبولة بالنظر إلى عدد عباراته، وتراوحت معاملات ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية بين ٠,٢١٩ و ٠,٣٩٨. وكلما ارتفعت درجة المستجيب في هذا المقياس كلما دل ذلك على وجود إجهاد إيجابي نحو أهمية ممارسة النشاط البدني.

٥. مقياس الأنشطة البدنية: اشتمل هذا المقياس على أربع عبارات لتعرف مدى ممارسة الطلبة لبعض الأنشطة البدنية: مثل التمارين الرياضية من كرة

ارتباطات عبارات المقياس بدرجته الكلية بين ٠,٣١٩ و ٠,٦١٧، والدرجة العليا في هذا المقياس تدل على شيوع استخدام الطلبة للمواد المضرّة بالصحة من الكحول وغيرها من المسكرات والمخدرات.

المعالجة الإحصائية:

للإجابة على أسئلة الدراسة، حسب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والتكرارات لتغيرات الدراسة، كما استخدم اختبار "ت" للعينات المستقلة، واختبار مربع كاي (كأ^١) للتعرف على الفروق بين طلبة شمال السلطنة (طلبة محافظة مسقط)، وطلبة جنوب السلطنة (طلبة محافظة ظفار) في مستوى الاتجاهات ونسب تكرارات العادات الصحية، بناء على أسئلة الدراسة.

النتائج

استهدفت الدراسة الحالية مقارنة مستوى الاتجاهات وتكرارات العادات الصحية لدى طلبة محافظتي مسقط وظفار بسلطنة عمان، وذلك من خلال الإجابة على خمسة أسئلة بحثية وباستخدام عدد من الاختبارات الإحصائية. وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في مستوى المشكلات الصحية؟

للإجابة عن هذا السؤال حسب اختبار (ت) للعينات المستقلة: للمقارنة بين متوسطات عينة محافظة مسقط وعينة محافظة ظفار، وجدول ٢ يوضح نتائج الاختبار.

يتضح من جدول ٢ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين المحافظتين في مستوى إدراك المشكلات الصحية لصالح طلبة محافظة مسقط.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في مستوى الرضا عن الوزن الجسمي، والاتجاهات نحو النشاط البدني؟

القدم والدراجات الهوائية، والمشي، وغيرها باختبار أحد الخيارات الثلاثة: (يوميًا، يوما أو يومين في الأسبوع، لم أقم بأي تمارين في الأيام السبعة الماضية). كما تم السؤال عن الوقت المقتضى في مشاهدة التلفاز واستخدام الكمبيوتر من خلال تحديد أحد الخيارات المعطاة: (أقل من ساعة، ساعة إلى أربع ساعات، خمس ساعات فأكثر، لا أعرف). وقد حللت نتائج العبارات الأربعة كل على حدة ولم تحسب درجة كلية، وهذه الطريقة أتاحت للباحثين التوصل بشكل دقيق إلى مقارنات بين عينتي المحافظتين في ماهية الأنشطة البدنية التي يمارسها الطلبة.

٦. مقياس الاتجاه نحو استخدام المواد المضرّة بالصحة: تكون المقياس من ١١ عبارة: لتعرف مستوى اتجاهات الطلبة نحو مواد مثل: السجائر، والشيشة، والكحول وغيرها. ومن أمثلة العبارات المستخدمة: "تدخين السجائر ضار بالصحة" واستخدمت الخيارات الخمسة نفسها: (معارض بشدة إلى موافق بشدة). وبعد إعادة ترميز العبارات السالبة ٢ و ٩ و ١٠، حسب معامل الثبات لدرجات المقياس ٠,٧٠٨ باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ، وتراوحت معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس بين ٠,٢٣٠ و ٠,٥٤٦ باستثناء عبارة واحدة ٠,١٦٢. أبقى عليها: لعدم تأثيرها في قيمة الثبات، وتشير الدرجة الأعلى في هذا المقياس إلى أن المستجيب لديه نظرة إيجابية نحو هذه المواد المضرّة بالصحة، فهو يعتقد فائدتها وأثرها في زيادة شعبية متعاطيها وتجعله أكثر جاذبية وتمدنا.

٧. مقياس مدى استخدام المواد المضرّة بالصحة: هدف هذا المقياس إلى تعرف مدى انتشار استخدام قائمة من المواد المضرّة بالصحة بين أفراد العينة، وقد تكون المقياس من تسع عبارات: شملت استخدام: (الحشيش، والمهدئات بدون وصفة طبية، والكوكايين، والهيريون، والحبوب المنشطة، وحبوب الهلوسة، والكحول، والعطر أو الكولونيا، والشيشة). ويستجيب الطلبة من خلال الإجابة عن السؤال: "هل سبق أن تعاطيت أيًا من المواد الممنوعة التالية؟" باختبار "نعم" أو "لا". وقد بلغ معامل ثبات درجات هذا المقياس ٠,٧٥٠، بطريقة الاتساق الداخلي، وتراوحت

جدول ٢

نتائج اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات لطلبة المحافظتين في مستوى المشكلات الصحية							
الدرجة	المحافظة	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	احتمال ٠,٠٥
الدرجة	مسقط	٢٢٥	٢,٤٣٢	٠,٦٨٠	٤٤٥	٢,٠٣٢	دالة
الكلية	ظفار	٢٢٣	٢,٣٠٢	٠,٦٧١			

جدول ٣

م	البعد	المحافظة	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	احتمال ٠,٠٥
١	الرضا عن الوزن	مسقط	٢٢٥	٣,٣٥٢	١,٠٥١	٤٤٢	١,٧٥٢	غير دالة
		ظفار	٢١٩	٣,٥١٨	٠,٩٣٧			
٢	الاتجاه نحو النشاط البدني	مسقط	٢٢٥	٣,٩٩٧	٠,٨٠٦	٤٣٣	٥,٤٠٠	دالة
		ظفار	٢١٠	٣,٥٨٦	٠,٧٧٧			

جدول ٤

المحافظة	ع التكرار ونسبه	لم أتناول الفواكه	تتاولت مرة في	تتاولت مرتين	تتاولت ٣	قيمة	دح	احتمال
		منذ سبعة أيام	اليوم	في اليوم	مرات أو أكثر	كا	٢١	٠,٠٥
ظفار	التكرار الملاحظ	٤٤	٨١	٤٩	٤١			
	التكرار المتوقع	٣٧	٧٨,٩	٥٤,٧	٤٤,٤			
	النسبة داخل المحافظة	%٢٠,٥	%٣٧,٧	%٢٢,٨	%١٩,١			
مسقط	التكرار الملاحظ	٣١	٧٩	٦٢	٤٩			
	التكرار المتوقع	٣٨	٨١,١	٥٦,٣	٤٥,٥			
	النسبة داخل المحافظة	%١٤	%٣٥,٧	%٢٨,١	%٢٢,٢			
	النسبة داخل الخيارات	%٤١,٣	%٤٩,٤	%٥٥,٩	%٥٤,٤			
	النسبة من المجموع	%٧,١	%١٨,١	%١٤,٢	%١١,٢			
المجموع	النسبة داخل المحافظتين	%١٧,٢	%٣٦,٧	%٢٥,٥	%٢٠,٦			

أ. تناول الفواكه:

يتضح من جدول ٤ عدم وجود فروق دالة إحصائية في تكرار تناول الفواكه بين عيني الدراسة، وأن نسبة منخفضة من العينة لا تتناول الفواكه ١٧,٢%. مع انخفاض نسبة الذين لا يتناولون الفاكهة داخل محافظة مسقط إلى ١٤% ووصولها إلى ٢٠,٥% في محافظة ظفار.

ب. تناول الخضروات:

يتبين من جدول ٥ عدم وجود فروق دالة إحصائية في تكرار تناول الخضروات بين طلبة المحافظتين. كما يشير إلى أن أغلب المشاركين يتناولون الخضروات يوميا مرة أو أكثر ٨٥,١%. بينما لم يتناول ١٤,٩% الخضروات في الأيام السبعة الماضية.

ج. تناول المشروبات الغازية:

تشير نتائج جدول ٦ إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تكرار تناول المشروبات الغازية بين طلبة محافظة ظفار وطلبة محافظة مسقط. كما أن النتائج تدل على أن ثلث العينة لم يشربوا المشروبات الغازية في الأيام السبعة الماضية، في حين تناول ٢٤,٢% منهم هذه المشروبات مرة يوميا، و ٢٠,٦% مرتين يوميا، و ١١,٧% ثلاث مرات أو أكثر يوميا.

أجيباً على هذا السؤال من خلال اختبار (ت) للعينتين المستقلتين: لتعرف الفروق بين طلبة المحافظتين في مستوى الرضا عن الوزن، والاتجاهات نحو النشاط البدني، و جدول ٣ يوضح نتائج الاختبار التائي.

يشير جدول ٣ إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الرضا عن الوزن بين طلبة المحافظتين. بينما وجدت فروق دالة إحصائية بين العينتين في مستويات الاتجاه نحو النشاط البدني. إذ جاء متوسط درجات طلبة محافظة مسقط أكثر إيجابية من متوسط درجات طلبة محافظة ظفار.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في نوع العادات الغذائية والممارسات البدنية؟

نظرا لكون المتغيرات المتصلة بالعادات الغذائية والممارسات البدنية كانت متغيرات تصنيفية؛ فقد استخدم اختبار كاي^٢ وهو من الاختبارات اللامعملية والتي تستخدم لتعرف الفروق بين المتغيرات عندما تكون هذه المتغيرات تصنيفية (Tabachnik & Fidell, 2001). وستعرض نتائج اختبار كاي^٢ لكل سؤال من الأسئلة الأربعة المتعلقة بالعادات الغذائية والأسئلة الأربعة المتعلقة بالممارسات البدنية كلا على حدة، لتعرف على الفروق في هذه العادات والممارسات بين طلبة المحافظتين.

جدول ٥

نتائج اختبار (كا^٢) ذي الإتجاه الواحد للفروق في تكرارات تناول الخضروات بين طلبة محافظة ظفار ومحافظة مسقط

المحافظة	نوع ونسب التكرار	لم تناول الخضروات سبعة أيام	أتناول منذ	تناولت مرة في اليوم	تناولت مرتين في اليوم	تناولت ٣ مرات أو أكثر	قيمة كا ^٢	دح	احتمال
ظفار	التكرار الملاحظ	٣٦	٧٤	٤٣	٦٥				٠,٠٥
	التكرار المتوقع	٣٢,٦	٧٦	٤٦,٤	٦٣,١				
	النسبة داخل المحافظة	%١٦,٥	%٣٣,٩	%١٩,٧	%٢٩,٨				
	النسبة داخل الخيارات	%٥٤,٤	%٤٨,١	%٤٥,٧	%٥٠,٨				
مسقط	التكرار الملاحظ	٣٠	٨٠	٥١	٦٣		١,٤١٠	٣	غير دالة
	التكرار المتوقع	٣٣,٤	٧٨	٤٧,٦	٦٤,٩				
	النسبة داخل المحافظة	%١٣,٤	%٣٥,٧	%٢٢,٨	%٢٨,١				
	النسبة داخل الخيارات	%٤٥,٥	%٥١,٩	%٥٤,٣	%٤٩,٢				
المجموع	النسبة من المجموع	%٨,١	%١٦,٧	%٩,٧	%١٤,٧				
	النسبة داخل المحافظتين	%١٤,٩	%٣٤,٨	%٢١,٣	%٢٩				

جدول ٦

نتائج اختبار (كا^٢) للفروق في تكرارات تناول المشروبات الغازية بين طلبة محافظة ظفار ومحافظة مسقط

المحافظة	نوع ونسب التكرار	لم أتناول المشروبات الغازية منذ سبعة أيام	تناولت مرة في اليوم	تناولت مرتين في اليوم	تناولت ٣ مرات أو أكثر	قيمة كا ^٢	دح	احتمال
ظفار	التكرار الملاحظ	٧٤	٤٨	٤٣	٥٢			٠,٠٥
	التكرار المتوقع	٧٢,٧	٥٢,٥	٤٤,٧	٤٧,١			
	النسبة داخل المحافظة	%٣٤,١	%٢٢,١	%١٩,٨	%٢٤			
	النسبة داخل الخيارات	%٥٠	%٤٤,٩	%٤٧,٣	%٥٤,٢			
مسقط	التكرار الملاحظ	٧٤	٥٩	٤٨	٤٤		١,٩٢٨	٦
	التكرار المتوقع	٧٥,٣	٥٤,٥	٤٦,٣	٤٨,٩			
	النسبة داخل المحافظة	%٣٢,٩	%٢٦,٢	%٢١,٣	%١٩,٦			
	النسبة داخل الخيارات	%٥٠	%٥٥,١	%٥٢,٧	%٤٥,٨			
المجموع	النسبة من المجموع	%١٦,٧	%١٠,٩	%٩,٧	%١١,٨			
	النسبة داخل المحافظتين	%٣٣,٥	%٢٤,٢	%٢٠,٦	%٢١,٧			

داخل محافظة مسقط. تقابلها في محافظة ظفار %٣٣,٩. ونظرا لدلالة الفروق: فقد أجري اختبار جودمان وكروسكال تاو (Goodman & Kruskal tau). وكان دالا إحصائيا ٠,٠٥. وبذا يمكن القول بوجود علاقة بين تناول الأكلات السريعة ومتغير المحافظة. حيث إنه كلما كان الفرد من محافظة مسقط كان أكثر احتمالا لتناول الأكلات السريعة.

هـ القيام بالألعاب الرياضية:

يتبين من جدول ٨ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في تكرارات القيام بالألعاب الرياضية. كما تشير النتائج إلى أن أكثر من ثلث العينة %٣٨,٥ لم تمارس ألعابا رياضية في الأيام السبع الماضية. في حين مارسة %٣٠,٦ منهم ألعابا رياضية مرة أو مرتين في الأسبوع. وقد مارس %٣٠,٨ منهم هذه الألعاب يوميا.

تشير نتائج جدول ٦ إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تكرار تناول المشروبات الغازية بين طلبة محافظة ظفار وطلبة محافظة مسقط. كما أن النتائج تدل على أن ثلث العينة لم يشربوا المشروبات الغازية في الأيام السبعة الماضية. في حين تناول %٢٤,١ منهم هذه المشروبات مرة يوميا. و %٢٠,٦ مرتين يوميا. و %٢١,٧ ثلاث مرات أو أكثر يوميا.

د. تناول الأكلات السريعة

يوضح جدول ٧ سيادة الخيار الثاني والمتمثل في تناول %٣٩,٥ من عينة الدراسة بالمحافظتين للمأكولات السريعة مرة في اليوم. كما تبين وجود فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في تكرارات تناول الأكلات السريعة. ولصالح طلبة محافظة مسقط. فقد كانت نسبة الذين يتناولون المأكولات السريعة مرة في اليوم %٤٤,٨

و. القيام بالمشي:

دلالة إحصائية (0.001) بين طلبة محافظة ظفار وطلبة محافظة مسقط في ساعات مشاهدة التلفاز؛ حيث تدل النتائج إلى ارتفاع نسبة من يشاهد التلفاز لأقل من ساعة يوميا في محافظة ظفار 46.8% مقارنة بطلبة محافظة مسقط 25.8%. ونظرا لدلالة الفروق. أُجري اختبار جودمان وكروسكال تاو (Goodman & Kruskal tau). والذي كان دالا إحصائيا (0.001). وهذا يدل على وجود علاقة بين مشاهدة التلفاز ومتغير المحافظة. فكلما كان الفرد من محافظة ظفار كان أقل احتمالا لمشاهدة التلفاز (ما يقرب من نصف عينة محافظة ظفار تشاهد التلفاز أقل من ساعة يوميا).

تشير نتائج جدول ٩ إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين طلبة عينتي محافظتي مسقط وظفار في تكرارات القيام بالمشي. كما أن النتائج تشير إلى أن أغلب العينة قامت بالمشي (85.1%). سواء أكان مشيا يوميا 47.5% أم يوما أو يومين في الأسبوع 37.6%. إلا أن 14.9% من أفراد العينة لم يقيم بالمشي في الأيام السبعة الماضية.

ز. ساعات مشاهدة التلفاز:

يشير جدول ١٠ إلى سيادة الخيار الأول في المحافظتين 36.1% والمتمثل في مشاهدة التلفاز لمدة أقل من ساعة يوميا. كما يشير اختبار مربع كاي إلى وجود فروق ذات

جدول ٧

نتائج اختبار (كا ^٢) للفروق في تكرارات تناول الأكلات السريعة بين طلبة محافظة ظفار ومحافظة مسقط							
المحافظة	نوع ونسب التكرار	لم تناول الأكلات السريعة منذ سبعة أيام	تأولت مرة في اليوم	تأولت مرتين في اليوم	تأولت ٣ مرات أو أكثر	قيمة دح	احتمال 0.05
ظفار	التكرار الملاحظ	٧٩	٧٤	٤١	٢٤		
	التكرار المتوقع	٧٥,١	٨٦	٣٢,٦	٢٤,٢		
	النسبة داخل المحافظة	36.2%	33.9%	18.8%	11%		
	النسبة داخل الخيارات	52%	42.5%	62.1%	49%		
	النسبة من المجموع	17.9%	16.8%	9.3%	5.4%		
مسقط	التكرار الملاحظ	٧٣	١٠٠	٢٥	٢٥	٧,٩٦٥	٦
	التكرار المتوقع	٧٦,٩	٨٨	٣٣,٤	٢٤,٨		
	النسبة داخل المحافظة	32.7%	44.8%	11.2%	11.2%		
	النسبة داخل الخيارات	48%	57.5%	37.9%	51%		
	النسبة من المجموع	16.6%	22.75%	5.7%	5.7%		
المجموع	النسبة داخل المحافظتين	34.5%	39.5%	15%	11.1%		

جدول ٨

نتائج اختبار (كا ^٢) للفروق في تكرارات القيام بالألعاب الرياضية بين طلبة محافظة ظفار ومحافظة مسقط							
المحافظة	نوع ونسب التكرار	أقوم بالألعاب الرياضية يوميا	يوما أو يومين في الأسبوع	لم ألعب منذ سبعة أيام	قيمة دح	احتمال 0.05	
ظفار	التكرار الملاحظ	٦٣	٦٥	٨٩			
	التكرار المتوقع	٦٦,٩	٦٦,٤	٨٣,٧			
	النسبة داخل المحافظة	29%	30%	41%			
	النسبة داخل الخيارات	46.3%	48.1%	52.4%			
	النسبة من المجموع	14.3%	14.7%	20.2%			
مسقط	التكرار الملاحظ	٧٣	٧٠	٨١	١,١٨٦	٦	
	التكرار المتوقع	٦٩,١	٦٨,٦	٨٦,٣			
	النسبة داخل المحافظة	32.6%	31.3%	36.2%			
	النسبة داخل الخيارات	53.7%	51.9%	47.6%			
	النسبة من المجموع	16.6%	15.9%	18.4%			
المجموع	النسبة داخل المحافظتين	30.8%	30.6%	38.5%			

جدول ٩

نتائج اختبار (٢كا) للفروق في تكرارات القيام بالمشي بين طلبة محافظة ظفار ومحافظة مسقط						
المحافظة	نوع ونسب التكرار	أمشي يوميا	يوما أو يومين في الأسبوع	لم أقم بالمشي منذ سبعة أيام	قيمة كا ^٢	احتمال ٠,٠٥
ظفار	التكرار الملاحظ	١٠٨	٨٤	٢٧		
	التكرار المتوقع	١٠٤,١	٨٢,٤	٣٢,٦		
	النسبة داخل المحافظة	%٤٩,٣	%٣٨,٤	%١٢,٣		
	النسبة داخل الخيارات	%٥١,٢	%٥٠,٣	%٤٠,٩		
	النسبة من المجموع	%٢٤,٣	%١٨,٩	%٦,١		
مسقط	التكرار الملاحظ	١٠٣	٨٣	٣٩	٢,٢٢٦	٦
	التكرار المتوقع	١٠٦,٩	٨٤,٦	٣٣,٤		
	النسبة داخل المحافظة	%٤٥,٨	%٣٦,٩	%١٧,٣		
	النسبة داخل الخيارات	%٤٨,٨	%٤٩,٧	%٥٩,١		
	النسبة من المجموع	%٢٣,٢	%١٨,٧	%٨,٨		
المجموع	النسبة داخل المحافظتين	%٤٧,٥	%٣٧,٦	%١٤,٩		

جدول ١٠

نتائج اختبار (كا ^٢) للفروق في ساعات مشاهدة التلفاز بين طلبة محافظة ظفار ومحافظة مسقط						
المحافظة	نوع ونسب التكرار	أقل من ساعة يوميا	ساعة إلى أربع ساعات	خمس ساعات فأكثر	لا أدري	قيمة كا ^٢
ظفار	التكرار الملاحظ	١٠٢	٥٠	١٥	٥١	
	التكرار المتوقع	٧٨,٧	٥١,٢	٢١,٧	٦٦,٤	
	النسبة داخل المحافظة	%٤٦,٨	%٢٢,٩	%٦,٩	%٢٣,٤	
	النسبة داخل الخيارات	%٦٣,٨	%٤٨,١	%٣٤,١	%٣٧,٨	
	النسبة من المجموع	%٢٣	%١١,٣	%٣,٤	%١١,٥	
مسقط	التكرار الملاحظ	٥٨	٥٤	٢٩	٨٤	٢٤,٦٧١*
	التكرار المتوقع	٨١,٣	٥٢,٨	٢٢,٣	٦٨,٦	
	النسبة داخل المحافظة	%٢٥,٨	%٢٤	%١٢,٩	%٣٧,٣٥	
	النسبة داخل الخيارات	%٣٦,٣٥	%٥١,٩	%٦٥,٩	%٦٢,٢	
	النسبة من المجموع	%١٣,١	%١٢,٢	%٦,٥	%١٩	
المجموع	النسبة داخل المحافظتين	%٣٦,١	%٢٣,٥	%٩,٩	%٣٠,٥	

* دال عند مستوى ٠,٠٥

ح. ساعات استخدام الحاسب الآلي:

يتضح من جدول ١١ عدم وجود فروق دالة إحصائية في ساعات الجلوس أمام الحاسب الآلي بين طلبة المحافظتين. كما تشير النتائج إلى انخفاض نسبة الذين يستخدمون الحاسب الآلي أكثر من ساعة في المحافظتين (٢١,١%).

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع من الدراسة:

هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في مستوى الاتجاهات نحو استخدام المواد الممنوعة والمضرة بالصحة؟

استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة للتعرف على الفروق بين طلبة محافظة ظفار وطلبة محافظة

مسقط في مستوى الاتجاه نحو استخدام المواد الممنوعة والمضرة بالصحة، وجدول ١٢ يشير إلى نتائج هذا الاختبار.

يتضح من جدول ١٢ أن هناك فروقا دالة إحصائية بين طلبة محافظة ظفار وطلبة محافظة مسقط في الاتجاه نحو استخدام المواد الممنوعة والمضرة بالصحة، ولصالح طلبة محافظة ظفار.

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس من الدراسة:

هل توجد فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في مدى انتشار استخدام المواد الممنوعة؟

للإجابة عن هذا السؤال، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة للتعرف على الفروق في مدى انتشار استخدام المواد الممنوعة بين عيني الدراسة، وجدول ١٣ يستعرض النتائج.

جدول ١١

نتائج اختبار (كا ^٢) للفروق بين ساعات استخدام الكمبيوتر بين طلبة محافظة ظفار ومحافظة مسقط		نوع ونسب التكرار		أقل من ساعة إلى خمس ساعات		ست ساعات لا أدري		قيمة كا ^٢		دح احتمال	
		ساعة يوميا		ساعات		فأكثر		٦,٥٣٣		٠,٠٥	
ظفار	التكرار الملاحظ	٩٥	٢٦	٨	٨٢						
	التكرار المتوقع	٩٢,٤	٢٨,٦	١٤	٧٦						
	النسبة داخل المحافظة	%٤٥	%١٢,٣	%٣,٨	%٣٨,٩						
	النسبة داخل الخيارات	%٤٩,٧	%٤٤,١	%٢٧,٦	%٥٢,٢						
	النسبة من المجموع	%٢١,٨	%٦	%١,٨	%١٨,٨						
مسقط	التكرار الملاحظ	٩٦	٣٣	٢١	٧٥						
	التكرار المتوقع	٩٨,٦	٣٠,٤	١٥	٨١						
	النسبة داخل المحافظة	%٤٢,٧	%١٤,٧	%٩,٣	%٣٣,٣						
	النسبة داخل الخيارات	%٥٠,٣	%٥٥,٩	%٧٢,٤	٤٧,٨٥						
	النسبة من المجموع	%٢٢	٧,٦٥	%٤,٨	%١٧,٢						
المجموع	النسبة داخل المحافظتين	%٤٣,٨	%١٣,٥	%٧,٦	%٣٦						

جدول ١٢

نتائج اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات لطلبة المحافظتين في مستوى الاتجاهات نحو استخدام المواد الممنوعة والمضرة بالصحة						
البعد	المحافظة	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت
الدرجة الكلية	مسقط	٢٢٥	١,٨٤٩	٠,٦٤١	٤٣٩	٢,٥٦٢
	ظفار	٢١٦	٢,٠١٥	٠,٧٢٠		

جدول ١٣

نتائج اختبار (ت) للفروق بين المتوسطات لطلبة المحافظتين في مدى انتشار استخدام المواد الممنوعة						
المحافظة	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ت	احتمال
الدرجة الكلية	مسقط	٢٢٥	٠,٠٣٤	٠,١٤٨	٤٣٩	١,٩٠٦
	ظفار	٢٠٠	٠,٠٥٧	٠,٠٨٧		

يعيشها طلبة هذه المحافظة كونها تضم العاصمة بما فيها من ازدحام سكاني وتغير سريع في العادات الصحية والغذائية بسبب تأثيرات الانفتاح على العالم الخارجي. ولذا على القائمين بشؤون الصحة المدرسية القيام بمزيد من الجهود للتقليل منها بين طلبة المدارس مثل الزيادة في التنوع، وتنفيذ مزيد من الأنشطة الصحية المدرسية (Brook & Tepper, 1997; McLellan et al., 1999).

كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق في درجة الرضا عن الوزن. رغم إشارة النتائج إلى وجود فروق بين متوسطي الوزن الحقيقي لطلاب المحافظتين؛ حيث ترتفع نسبة السمنة في ظفار عن نسبتها مسقط. وهو ما أيدته إحصاءات وزارة الصحة، ويمكن تفسير ذلك بنظرة المجتمع الظفاري بقيمة إيجابية نحو زيادة الوزن تقابلها نظرة مجتمع مسقط بإيجابية نحو النحافة الجسمية - خصوصاً - مع وجود اتجاه إيجابي عالٍ نحو أهمية النشاط البدني لدى عينة هذه المحافظة مقارنة بمحافظة ظفار، مما أدى توازن النظرة نحو الوزن من العينتين، والذي وُجد غياب الفروق في درجة الرضا التي كانت عالية في كلا المحافظتين. وتبين من خلال تحليل تكرارات العادات الغذائية والممارسات البدنية سيادة العادات السليمة لدى عينتي الدراسة في ست مقارنات من بين ثمانية؛ فقد اتضح ميل الطلبة في كلا المحافظتين إلى تناول كميات

تبين من جدول ١٣ وجود فروق بين طلبة المحافظتين في مدى انتشار استخدام المواد الممنوعة ولصالح طلبة محافظة ظفار. إلا أن هذه الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

مناقشة النتائج

استهدفت الدراسة الحالية مقارنة مجموعة من الاتجاهات والعادات الصحية السائدة في محافظتين رئيسيتين من محافظات سلطنة عمان وهما: محافظة مسقط، ومحافظة ظفار. من خلال عينتين عشوائيتين. من طلبة المدارس الحكومية. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين طلبة المحافظتين في بعض المتغيرات، إلا أن الفروق في متغيرات أخرى لم تصل إلى مستوى الدلالة الذي بُدِيَ للدراسة ٠,٠٥. ففي مستوى المشكلات الصحية، أشارت النتائج إلى ارتفاع مستويات

المشكلات الصحية التي يشعر بها طلبة محافظة مسقط، وهي نتيجة تتفق مع خلاصة المسوح الصحية التي قامت بها وزارة الصحة (Ministry of Health, 2009; 2000) التي أشرنا إليها سلفاً من أن هناك بعض العادات الصحية التي تسترعى الانتباه في محافظة مسقط، وقد يرتبط ذلك بطبيعة الحياة المدنية التي

صحية وإيجابية بغض النظر عن موقعه الجغرافي على خارطة السلطنة.

توصيات الدراسة ومقترحاتها:

من خلال نتائج الدراسة، يوصي الباحثان بما يلي:

١. ضرورة تكثيف برامج التوعية الصحية في مدارس المحافظات، -خصوصاً- فيما يتعلق بالأثر السلبي للمأكولات السريعة، وأهمية زيادة النشاط الرياضي.
٢. الحاجة إلى التوسع في برامج التوعية بمضار المواد المنوعة المختلفة في صحة الفرد كالتدخين، - خصوصاً- بين طلبة محافظة ظفار.
٣. التوسع في بحث مظاهر أخرى متعلقة بالاجتهات والعادات الصحية وإجراء مقارنات باختيار عينه واسعة تشمل ذكورا وإناثا من جميع مناطق السلطنة ومحافظاتها.
٤. دراسة العوامل التي تساهم في تشكيل العادات الصحية والغذائية لدى الطلبة من أنماط التنشئة الوالدية والإعلام وغيرها.

المراجع

المراجع العربية:

- الأمعري، هناء (١٩٩٥). تقويم مناهج التربية الصحية المتضمنة في كتب العلوم في المرحلة الابتدائية في دولة الكويت. مجلة كلية التربية/جامعة أسيوط، ٢(١١): ١١٦٧-١٢٠٢.
- الحجي، سيف (٢٠٠٥). دراسة تحليلية لمحتوى كتب العلوم بالتعليم الأساسي بسلطنة عمان في ضوء مجالات التربية الصحية (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، جامعة السلطان قابوس.
- الخميس، نداء (١٩٩٩). مبادئ التربية الصحية. الكويت: منشورات ذات السلاسل.
- الشريفي، شوقي (٢٠٠٠). معجم مصطلحات العلوم التربوية. الرياض، مكتبة العبيكان.
- صالح، صالح (٢٠٠٢). فاعلية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التنور الصحي لدى تلاميذ المرحلة الاعدادية بشمال سيناء. مجلة التربية العلمية، الجمعية المصرية للتربية العلمية، ٥(٤): ٩٩-٥١.
- صقر، محمد (٢٠١٠). مستوى السلوكيات الخاطئة وواقع ممارستها لدى طلاب الصف الثالث المتوسط بمنطقة الجوف. مجلة المؤتمر العلمي الرابع عشر: التربية العلمية والمعايير الفكرة والتطبيق (ص

جيدة من الفواكه، والخضروات، وانخفاض في تناول المشروبات الغازية، وشيوع ممارسة المشي، وانخفاض في ساعات مشاهدة التلفاز، أو الجلوس أمام الحاسوب. بينما جاءت تكرارات تناول المأكولات السريعة مشيرة إلى ارتفاع تناولها بين أفراد العينتين، مع انخفاض في ممارسة الألعاب الرياضية المنتظمة، ولم توجد فروق في هذه التكرارات بين طلبة المحافظات باستثناء الفروق في تكرارات تناول المأكولات السريعة وساعات مشاهدة التلفاز. فقد أشارت النتائج إلى تناول طلبة محافظة مسقط لكمية أكبر من المأكولات السريعة وقضاء وقت أطول أمام شاشة التلفاز مقارنة بأقرانهم في محافظة ظفار، وتعكس هذه الفروق تأثير البيئة المحيطة؛ حيث تنتشر محلات بيع المأكولات السريعة في العاصمة بشكل أوسع مما عليه الحال في محافظة ظفار، كما أن الطقس الذي يسود محافظة مسقط من جهة الاكتظاظ السكاني قد لا يشجع على الخروج من البيت؛ لذلك ترتفع ساعات مشاهدة التلفاز وإن كانت هذه الزيادة في ساعات التلفاز لا يبدو أنها تصل إلى درجة الخطر المرتبط بزيادة الوزن والذي بدأ متوسطه أقل في محافظة مسقط، وهو أمر يمكن تفسيره من خلال متوسط الاتجاه الإيجابي الأعلى نحو النشاط البدني في مسقط عنه في ظفار، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة سوبرامانم وسلفرمان (Subramaniam & Silverman, 2007) في النظرية الإيجابية نحو أهمية النشاط البدني في الصحة الشخصية. أما فيما يتعلق بالاتجاه نحو استخدام المواد المنوعة، فقد دلت نتائج الدراسة إلى أن متوسط اتجاه طلبة عينة محافظة ظفار نحو استخدام هذه المواد كان أعلى من متوسط اتجاه طلبة مسقط، وقد انعكست هذه الفروق على مدى الاستخدام الفعلي لهذه المواد من قبل الطلبة، فقد أشارت النتائج إلى ارتفاع استخدام المواد المنوعة بين طلبة محافظة ظفار بدرجة لا جدها بين طلبة محافظة مسقط، ويمكن أن تعزى هذه النتائج إلى تعرض طلبة محافظة مسقط لكثير من برامج التوعية المحذرة من استخدام هذه المواد المنوعة، مقارنة مع البرامج المطبقة في محافظة ظفار، وهذا ما أشار إليه الحجي (٢٠٠٥) من ضرورة الاهتمام بالتربية والتوعية الصحية لأفراد المجتمع كالطلبة حتى يمكن توجيههم إلى أنواع من السلوكيات والاتجاهات التي تؤدي إلى وقايتهم من الأمراض ومحافظتهم على صحتهم.

وخلص إلى أن أوجه التشابه بين عينتي المحافظتين كانت أكثر من الاختلافات في الاتجاهات والعادات الصحية، وربما يعكس ذلك جهود كل من وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم وغيرهما في حكومة السلطنة، والمنظمات الأهلية والدولية العاملة في السلطنة، من حرص على نشر الثقافة الصحية وتوفير البيئة الصحية التي يكتسب من خلالها الطالب الجهات وعادات

المراجع الأجنبية:

- Aldhafri, S., Kazem, A., Alzubiadi, A., Yousif, Y., Albahrani, M., & Alkharusi, H. (2009). Developmental aspects for Omani students (12-18 years): Piloting instruments and initial findings. *Proceeding of the 54th International Council on Education for Teaching* (pp. 165-175), Muscat, Sultanate of Oman.
- Al-Zubaidi, A., & Kazem, A. (December, 2009). *Relationship between perceived self-efficacy and body image of children in basic schools in Oman*. Paper presented at the 8th Biennial Conference of the Asian Association of Social Psychology, New Delhi.
- American School Health Association. (1994). *Guidelines for Comprehensive School Programs*. Kent: Ohio.
- Aveyard, P., Markham, W., Lancashire, E., Bullock, a., Macarthur, C., Cheng, K. & Daniels, H. (2004). The influence of school culture on smoking among pupils. *School Science and Medicine*, 58, 1767-1780.
- Brook, U., Feigin, R., Sherer, M. & Geva, D. (2000). Prevalence, attitudes and knowledge of high school pupils towards drugs and other addictions: implications for school health education in Israel. *Patient Education and Counseling*, 43, 199-201.
- Brook, U., Mendelberg, A., Galili, A. & Bujanover, Y. (1999). Knowledge and attitudes of children towards cigarette smoking and its damage. *Patient Education and Counseling*, 37, 49-53.
- Brook, U., & Tepper, A. (2001). High school students' attitudes and knowledge of food consumption and body image: Implications for school based education. *Patient Education and Counseling*, 30, 283-288.
- ص ١١٧-١٣٢)، الإسماعيلية، الجمعية المصرية للتربية العلمية.
- الطناوي، عفت (١٩٩٤). دور مقررات العلوم في تحقيق الثقافة الصحية للتلاميذ بمراحل التعليم العام. **مجلة المؤتمر العلمي الخامس للجمعية المصرية للتربية العلمية "التربية العلمية للمواطنة"**. ٩٩-٤٣.
- الغنيم، مرزوق، والبهبهاني، بهيجة (١٩٩٧). **الثقافة الصحية**. الكويت، ذات السلاسل.
- كاظم، علي، والأنصاري، بدر (٢٠٠٩). المشكلات الصحية لدى طلبة الجامعة العمانيين والكويتيين: دراسة ثقافية مقارنة. **مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية**، ١٣٢، ٣٥-٩٤.
- الكندري، أحمد محمد مبارك (١٩٩٧). بعض المشكلات التي يعاني منها طلبة وطالبات كلية التربية الأساسية في الكويت. **حولية كلية التربية (جامعة قطر)**، ١٤، ٦٢٩-٦٥٩.
- مراد، صلاح، وسليمان، أمين (٢٠٠٥). **الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية**. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- ملحم، سامي (٢٠٠٦). **سيكولوجية التعلم والتعليم: الأسس النظرية والتطبيقية**. عمان: دار المسيرة.
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٣). **التربية الصحية المدرسية للوقاية من الايدز والأمراض المنقولة جنسيا**. سلسلة الايدز (١٠). الإسكندرية: المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط.
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٧). **تعزيز الصحة من خلال المدارس: تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية حول التعليم والتعزيز الصحي المدرسي الشامل**. ترجمة صالح سعيد الأنصاري. الرياض: وزارة المعارف.
- وزارة التربية والتعليم (٢٠٠٩). **الكتاب الإحصائي السنوي**. مسقط، سلطنة عمان.
- وزارة الصحة (٢٠٠٧). **المسح العالمي لاستخدام التبغ بين الشباب**. مسقط، سلطنة عمان.
- وزارة الصحة (٢٠٠٨). **الإستراتيجية الوطنية للصحة المدرسية بسلطنة عمان "صحة أفضل للمجتمع المدرسي"**. مسقط، سلطنة عمان.

- Brook, U., & Tepper, A. (1997). Consumption, knowledge and attitudes of high school pupils towards alcohol and alcoholism: The Israeli experience. *Patient Education and Counseling*, 47, 115-119.
- Dixon, A. (1993). Science and health education. In R. Hall (ed). *ASE: Science Teachers Handbook*. Herts, the Association for Science Education, 326-338.
- Jaffer, Y., Afifi, M., Al Ajmi, F., & Alouhaishi, K. (2006). Knowledge, attitudes and practices of secondary- school pupils in Oman: I. Health –compromising behaviours. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(1& 2), 35-50.
- McLellan, L., Rissel, C., Donnelly, N., & Bauman, A. (1999). Health behaviour and the school environment in New South Wales, Australia. *School Science and Medicine*, 49, 611-619.
- Ministry of Health (2000). *National Health Survey*. Muscat, Sultanate of Oman.
- Ministry of Health (2008). *Cancer Incidence in Oman 2008*. Muscat, Sultanate of Oman.
- Ministry of Health (2009). *National Nutrition Surveillance Report 2009*. Muscat, Sultanate of Oman.
- Subramaniam, P., & Silverman, S. (2007). Middle school students' attitudes toward physical education. *Teaching and Teacher Education*, 37, 602-611.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Van Exel, N., De Graaf, G., & Brouwer, W. (2006). Everyone dies, so you might as well have fun attitudes of Dutch youth about their health lifestyle. *School Science and Medicine*, 63, 2628-2639.